

---

## Enjeux et perspectives en éducation thérapeutique du patient : des soignants formés en sciences de l'éducation

*Changes and Challenges in Patient Therapeutic Education: Education Science  
Programs for Health Professionals*

Carole Baeza

---



### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/ree/5008>

DOI : 10.4000/ree.5008

ISSN : 1954-3077

### Éditeur

Université de Nantes

### Référence électronique

Carole Baeza, « Enjeux et perspectives en éducation thérapeutique du patient : des soignants formés en sciences de l'éducation », *Recherches en éducation* [En ligne], 11 | 2011, mis en ligne le 01 juin 2011, consulté le 14 mai 2021. URL : <http://journals.openedition.org/ree/5008> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/ree.5008>

---



*Recherches en éducation* est mise à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

## **Enjeux et perspectives en éducation thérapeutique du patient : des soignants formés en sciences de l'éducation**

Carole Baeza<sup>1</sup>

### Résumé

*Du fait du développement des formations initiales et continues en éducation thérapeutique, la question de la professionnalisation des soignants est devenue un nouvel enjeu social. En effet, la toute dernière loi de santé publique du 21 juillet 2009 reconnaît l'éducation thérapeutique du patient comme une discipline à part entière et ainsi, promeut une éducation du soin complémentaire à l'offre médicale actuelle. Des soignants soucieux d'élargir leurs pratiques curatives aux dimensions caratives font le choix de s'inscrire dans des formations à dominante éducative et notamment, pour ce qui nous concerne ici, en Sciences de l'éducation. Nous sommes en présence d'un changement de paradigme puisque l'éducation thérapeutique nous amène à jeter des ponts entre la clinique du sujet (une rencontre en parité pour construire des savoirs de protection et d'auto-soin au bénéfice du patient) et les soins curatifs (la connaissance de la maladie et le traitement). Pour un soignant, l'éducation l'amène à reconsidérer sa pratique d'accompagnement, le chemin qu'il doit partager avec le patient dans l'élaboration et le vécu de son itinéraire de soin. Pour mieux comprendre ces enjeux et le devenir de soignants formés en Sciences de l'éducation, nous avons mené une étude qualitative auprès des deux premières promotions d'étudiants soignants nouvellement diplômés pour les années 2008/2010 à l'université de Rouen. Nous esquisserons leurs « mouvements » professionnels et identitaires autour de l'exercice de cette nouvelle activité.*

Depuis l'inscription de la discipline éducation thérapeutique du patient dans la loi de santé publique du 21 juillet 2009, les soignants se voient dans l'obligation, s'ils souhaitent exercer en éducation thérapeutique, de se former en la matière. L'éducation thérapeutique se définit comme une éducation dirigée vers des personnes ou des groupes engagés dans une relation de soin (Bury, 1998) afin de promouvoir des comportements favorables en santé et de retarder (voire d'éviter) de possibles complications liées à la maladie mais aussi de favoriser la participation des patients/citoyens dans leur capacité à se prendre en charge de manière autonome et responsable.

Cette discipline vise la construction d'une nouvelle approche éducative en santé. Notre cadre conceptuel est celui de l'ontologie du soin tel qu'Honoré (1999) le préconise. Ce philosophe et psychiatre étudie les interdépendances entre les concepts de santé, de formation et de soin. La santé se définit par la capacité que possède un individu à utiliser au mieux ses potentialités et de gérer les contradictions, les agressions et les conflits (OMS, Charte Ottawa, 1986<sup>2</sup>). Être en santé revient à vivre ses propres expériences. La santé est un moteur pour agir, un phénomène unificateur de notre existence (Honoré, 1999). Cette action d'être en santé (vivre) nécessite un apprentissage quotidien, attentif et permanent pour se donner une forme (se former). Santé et formation semblent être deux notions inséparables dans l'accomplissement de tout être humain. Le soin requiert lui aussi une formation (Hesbeen, 1997). Cet auteur définit « le prendre soin de l'autre et de soi » comme une attention particulière portée à une personne malade chronique en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé. Le soin permet de se projeter vers des possibles et ainsi agir pour se sentir en vie. Prendre soin de soi reviendrait alors à vivre de nouvelles expériences de santé. Dans cette logique, santé, formation

<sup>1</sup> Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche, Université de Rouen, Laboratoire CIVIIC UR 2657, Parcours et ingénierie de formation et éducation thérapeutique du patient.

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS), première conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), 17-21 novembre 1986.

et soin sont des notions précieuses pour aborder le champ de l'éducation thérapeutique : la santé rime avec la prise en compte de la maladie chronique (rien ne sera plus comme avant) ; la formation et le soin supposent un apprentissage pour déployer de nouvelles manières de vivre. C'est en cela que l'éducation thérapeutique questionne conjointement les théories de l'apprentissage et du soin. Comment informer, accompagner et transmettre des connaissances sur une maladie chronique afin que le patient puisse découvrir un sens aux différentes expériences vécues et accepter de prendre soin de lui ?

S'engager dans ce type de réflexion, suppose que le soignant puisse adopter une attitude éducative raisonnée pour soutenir le patient. Cette démarche revêt la forme d'un accompagnement bio-cognitif (Pineau, 2004) ou de counseling (Briançon, 2004). C'est une forme de dialogue qui consiste à aider le patient à reconnaître et à utiliser ses ressources et ses savoirs pour prendre des décisions concernant sa maladie dans sa vie quotidienne. Le patient doit être considéré par l'équipe soignante comme un être humain susceptible de penser, de parler et d'agir de manière autoréférente (Bandura, 2007). Cette finalité éducative impulse le passage entre un modèle strictement médical à un modèle éducatif où l'adhésion du patient est cruciale pour améliorer sa prise en charge globale. Aussi, cette nouvelle loi de santé semble marquer un tournant institutionnel et pédagogique majeur qui va impacter sur les parcours professionnels et identitaires des soignants.

C'est dans ce contexte que nous entendons questionner les enjeux de la professionnalisation. Nous nous appuierons sur les deux premières promotions de soignants tout nouvellement formés (2008/2010) en master professionnel métiers de la formation, parcours ingénierie d'éducation thérapeutique en Sciences de l'éducation au sein de l'université de Rouen. Notre étude tentera de dessiner la mise en mouvement identitaire pour ces « jeunes » diplômés en comparant leurs situations professionnelles à l'entrée et à la sortie de formation. Cette formation serait-elle un point d'étape significatif dans leurs transitions professionnelles pour apprendre à collaborer avec le patient ?

Dans une première partie, nous mettrons en perspective la question de la professionnalisation dans la sphère du soin, puis présenterons, dans une deuxième partie, le profil socioprofessionnel de ces soignants entrant en formation autour de la question : qui sont-ils ? Dans une troisième partie, nous esquisserons leurs nouvelles trajectoires et apporterons, en conclusion, quelques observations sur cette problématique.

## 1. Mise en perspective de la professionnalisation dans la sphère du soin

Cette étude s'inscrit dans la continuité des travaux de recherche de Wittorski (2007) appliqués à la professionnalisation. Cet auteur la définit autour de l'articulation de trois logiques et précise que « *la professionnalisation est conçue comme étant à la fois une intention sociale (côté organisation), un processus de développement*

*de process d'action (côté individu ou groupe) et un processus de transaction (individu et organisation) en vue de l'attribution d'une professionnalité à l'individu à partir des process d'action développés* » (Wittorski, 2007, p.91). Nous comprenons que la professionnalisation est à la fois un enjeu pour les organisations sanitaires, les futurs promoteurs d'actions éducatives ; un enjeu pour les acteurs de santé engagés dans un processus de développement professionnel et personnel, mais aussi un enjeu formatif imposé par les politiques et le législateur. Nous proposons de transposer ces trois logiques à la sphère du soin.

La première logique est celle de l'intention sociale : l'organisation sanitaire se trouve face au vieillissement de la population et à l'augmentation constante du nombre de maladies chroniques conjugués aux progrès scientifiques qui ont transformé des maladies autrefois mortelles (diabète, hémophilie, mucoviscidose, sclérose en plaque, sida) en maladies chroniques (Carricaburu, 2004, p. 6). Les institutions se doivent/devront prévoir de faire face à une demande de soin grandissante non compatible avec les capacités actuelles d'accueil.

Cette intention sociale est également influencée par les efforts conjugués de cinq groupes d'acteurs. Ceux-ci sont les instances internationales, les équipes soignantes, les associations de patients, les éducateurs en santé et les universitaires chercheurs. Le premier groupe d'acteurs influents dans ce domaine est celui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette instance diffuse des travaux scientifiques et sensibilise un très large public sur la question de la santé et du handicap. Le deuxième groupe est celui des équipes soignantes. Pour améliorer la prise en charge de maladie chronique, en particulier le diabète et les maladies respiratoires, elles ont dû développer des stratégies éducatives. Elles sont devenues, au fil des ans, des références auprès de leur communauté professionnelle. Troisièmement, les revendications des associations d'usagers ont participé à rendre le patient acteur de sa santé. Le sida a été, notamment, un révélateur social annonciateur du changement de statut du patient face au soignant. Le quatrième groupe d'acteurs est celui des éducateurs de santé. Leurs messages de prévention insistent sur le fait qu'un malade chronique doit apprendre à s'adapter à son nouvel état de santé et vivre avec des périodes de stagnation, de régression et de crises induites par la maladie. Enfin, le dernier groupe d'acteurs influents est celui des universitaires chercheurs. Des auteurs comme Assal, Bury, Deccache, D'Ivernoy, Gagnayre, Grimaldi, Lacroix, Tourette-Turgis ont démontré qu'il est possible d'allier le savoir médical aux savoirs des Sciences de l'éducation pour accompagner le patient dans une vision éducative. Le soignant ne serait plus le seul à savoir ce qui est bon ou pas pour le patient mais de concert avec lui, il va étudier les meilleures pistes de soin, cherchant par-là son adhésion.

Ainsi, l'intention sociale représentée par les organisations sanitaires consiste à favoriser l'évolution des pratiques des soignants en leur proposant de nouvelles offres de formation. Celles-ci ont à charge de promouvoir de nouvelles alliances thérapeutiques entre soignants et patients. Et c'est dans cette mouvance que l'éducation thérapeutique se trouve légitimée.

La deuxième logique est celle du processus de développement des process d'action des soignants. Ils désirent apprendre tout en demandant à l'organisation de les reconnaître dans leur nouvelle activité. Toutefois, et bien que cette situation soit acceptée par leur environnement, les organisations ne sont pas prêtes à les reconnaître. Rappelons que les nouveaux diplômés en éducation thérapeutique ne sont pas encore répertoriés dans les grilles des conventions collectives et que ce type d'activité n'est pas encore généralisé dans tous les services de prise en charge des malades chroniques. Conscients de ces freins et par anticipation d'un changement de statut, les soignants sont dans une logique de qualification et de valorisation. Leur volonté d'actualiser les compétences éducatives est intimement liée à leur développement identitaire. Comme le souligne Dubar (1991), le modèle identitaire se présente comme une dynamique fondée sur la projection dans l'avenir et sur la négociation dans un espace professionnel des modalités de reconnaissance et les compétences reconnues. Aussi, les soignants suivent ces nouveaux parcours formatifs, initient des actions thérapeutiques tout en négociant âprement avec leur institution leur légitimité statutaire.

Enfin, la troisième et dernière logique est celle du processus de transaction. Il correspond à la création de nouveaux dispositifs de formations qualifiantes. Dans le cadre de notre étude, il s'agit d'une formation qui s'articule avec le lieu d'exercice professionnel. L'alternance entre les regroupements de formation et l'exercice professionnel permet aux soignants d'échanger et d'analyser leurs pratiques tout en s'essayant à de nouvelles attitudes professionnelles. La formation leur offre un espace de paroles où peuvent se formaliser des pratiques non conscientes et incorporées à l'action. L'enjeu pédagogique est double : faciliter, en premier lieu, l'acquisition de compétences professionnelles en situation réelle, pour en deuxième lieu, favoriser la construction d'une identité par identification à un rôle professionnel.

Ainsi, questionner la professionnalisation fait entrer l'éducation thérapeutique dans la sphère du soin où les logiques d'intention sociale (la légitimation de cette discipline), les logiques de développement des compétences (compétences en éducation du soin) et du processus de transaction (inscription en formation) s'entrecroisent et sont interdépendantes les unes des autres.

Ces étudiants-soignants construisent leur expertise dans l'action et sont en tension entre leurs pratiques sanitaires et les pratiques éducatives. Ils découvrent dans l'exercice de leur métier les limites de la médecine scientifique dans la prise en charge de ces patients et se tournent vers de nouvelles conceptions du soin, pensant y trouver des ressources pratiques et théoriques plus adaptées à leurs préoccupations professionnelles. De plus, ils exercent leur métier dans un environnement qui n'est pas encore adapté aux changements. Ainsi, la professionnalisation des soignants se traduit par une période de transition, qui, comme le souligne Meleis et Trangenstein (1994), est un processus qui se développe dans le temps et qui a un sens d'écoulement et de mouvement.

Nous étudierons plus particulièrement la troisième logique, celle du processus de transaction, et plus spécifiquement le devenir des étudiants-soignants.

## 2. Profils des soignants en entrant en formation

Le master professionnel, Sciences de l'éducation spécialité métiers de la formation s'inscrit dans cette logique de professionnalisation. Dans un souci d'élargissement des territoires disciplinaires, l'équipe pédagogique conjugue des compétences en formation

des adultes, en psychologie du soin, en médecine et en éducation thérapeutique. La difficulté réside dans le fait que la psychologie du soin et la connaissance médicale sont deux disciplines qui s'opposent sur le plan épistémologique. D'un côté, nous avons la clinique du sujet qui promeut un échange en parité humaine où le malade et le soignant ont chacun un savoir à partager (Lani-Bayle, 1999), et de l'autre côté, une médecine qui fonde ses connaissances sur la bio médecine et sur les *evidences based medicine* (Dominice, Jacquemet, 2009). Le milieu médical scientifique ne reconnaît pas comme source de production de connaissance le dialogue entre un patient et un soignant. Ce qui n'est pas le cas dans la clinique du sujet, bien au contraire, le dialogue en parité est une démarche productrice de connaissance et bénéfique pour le patient. C'est pourquoi ces deux disciplines se heurtent et ont bien des difficultés à se comprendre ; même si, selon nous, elles sont complémentaires dans l'offre de santé. Consciente de cette difficulté, l'équipe pédagogique propose de s'appuyer sur des situations professionnelles pour favoriser des analyses réflexives individuelles et collectives, faire émerger des complémentarités et construire des alliances possibles entre le médical et le thérapeutique.

### ■ *Eléments méthodologiques*

Pour connaître le devenir de ces étudiants-soignants, nous avons élaboré un questionnaire auto-administré qui a été complété par des entretiens téléphoniques approfondis. Du fait de l'éloignement de certains étudiants, ce master à une diffusion nationale et dans les DOM, il n'a pas été possible d'envisager une relation directe de face-à-face. Nous avons fait circuler par courriel le questionnaire auprès de l'ensemble des 29 soignants des deux promotions pour les années 2008/2009 et 2009/2010. Ce questionnaire comprend 26 questions réparties en trois grandes rubriques : le profil sociologique des étudiants, le vécu de la formation et leur devenir après la formation.

Les données recueillies ont été analysées avec le logiciel QD data 6.7 de Grimmersoft. L'analyse qualitative des données ainsi que le traitement des questions ouvertes se sont faits par tri croisé des réponses. Précisons que le classement des données s'est organisé en trois temps. Le temps 1 concerne les données et les analyses pour la promotion en année 1 (2008/2009). Le temps 2 pour la deuxième promotion (2009/2010). Et le temps 3 synthétise l'ensemble des données pour la promotion 1 et 2. Nous avons fait le choix de les séparer pensant que des particularités entre les deux promotions allaient apparaître ; ce qui ne fut pas le cas. Le caractère récent des données (clôture de la promotion 1 en 2009, et 2010 pour la promotion) et le fait qu'une seule et unique année sépare les deux promotions nous amène à constater que les différences entre celles-ci ne sont pas significatives.

Nous avons reçu 25 questionnaires sur 29 envoyés, se répartissant en 11 réponses sur les 15 personnes concernant la première promotion 2008/2009 et 14 réponses sur les 14 personnes pour la deuxième promotion 2009/2010. 28 sur 29 inscrits sont diplômés. Une personne a abandonné en cours de parcours et une autre a soutenu son mémoire en deuxième année.

### ■ **Profil socioprofessionnel**

Les deux promotions se répartissent entre 4 hommes et 21 femmes. Le plus jeune soignant est âgé de 26 ans et le plus âgé de 62 ans. La moyenne d'âge est de 46 ans. 15 personnes vivent en province, 8 en région parisienne et 2 vivent dans les DOM.

Ces étudiants sont tous en activité professionnelle avec une relative stabilité. 22 d'entre eux sont à contrat à durée indéterminée, 12 en contrat à durée déterminée et 1 est intérimaire. 12 exercent dans le privé (structure privée, association ou réseau de santé) contre 13 salariés dans le public. Ils interviennent dans des services médicaux très variés. Ceux-ci couvrent le secteur de la prise en charge des malades chroniques (cardiologie, chirurgie viscérale, diabétologie, endocrinologie, hypertension artérielle, le VIH, les maladies infectieuses et tropicales et les addictions) et le secteur de l'ingénierie de projet (actions de prévention et de promotion de la santé et la formation initiale au sein des Instituts de Formation des Infirmiers, IFSI). Cette diversité d'intervention est un indice significatif pour penser que cette discipline se généralise. L'éducation thérapeutique n'est plus exclusivement réservée à une petite minorité de maladies chroniques (diabète, sida) mais peut concerner l'ensemble des personnes malades.

*Tableau 1 - Parcours de formation initiale et continue à l'entrée en Master professionnel*

Formation initiale et Métier / fonction exercée avant l'entrée en Master			Formation continue diplômante Universitaire (DU, DUI, DUEP)* Supérieure (Licence, Master)		Formation continue non diplômante
Formation initiale	Formation complémentaire	Métier / Fonction	Formation à caractère sanitaire	Formation à caractère éducatif	Formation en ETP **
Doctorat en médecine ou pharmacie (4)		Pharmacien (1)			
		Praticien Hospitalier (3)	> DU Endocrinologie - Diabétologie et Pédiatriques (1) > DU Education thérapeutique dans les maladies chroniques (1) > DU trauma crânien (1) > Master pro. Epidémiologie appliquée option santé communautaire (1) > Master recherche Biologie-santé- agronomie (1)		> Questionner le patient (1) > Sensibiliser à l'éducation thérapeutique (1) > Counseling (1)
DE*** d'Infirmier (18)	DE cadre de santé (8)	Cadre supérieur de santé (1)	> DU santé publique (1) > DU éducation pour la santé (1)		
	Certification d'Infirmier clinicien (1)	Cadre de santé (6)	> DU Soins palliatifs (3). > Licence de management dan les systèmes de santé (1) > Puéricultrice (1)		> Relation d'aide (1) > Séminaire Balint (1)
		Agent de recherche clinique (1)	> DU Agent recherche clinique (1) > DU Méthodologie du risque thérapeutique (1)		
	DE d'infirmière Anesthésiste (IADE) (1) DE d'infirmier de Bloc Opératoire (IBODE) (1)	Infirmier (9)	> DU Education du patient (4) > DU Soins palliatifs (3) > DU douleur (2) > DU Insuffisance cardiaque (1) > DU Thérapies cognitives et comportementales (1)	> Licences sciences de l'éducation (2)	> Sensibiliser à l'ETP (1)



	Certification d'infirmier clinicien (1) Certification d'infirmière spécialiste clinicienne (1)		> DU Troubles alimentaires (1) > DU Santé de la communauté (1) > Diplôme de Sophrologie (1)		
	Certification d'infirmier clinicien (1) Certification d'infirmière spécialiste clinique (1)	Infirmier clinicien (1)	> DU Soins palliatifs (1)		
DE fonctions d'animation (1)		Animateur socioculturel (1)			> Counseling (1)
Assistante en soins hospitaliers (BE)**** (1)		Educatrice en santé (BE) (1)	> DU Education du patient (1)		
Master pro. Droits et Sciences du travail comparés (1)		Coordinateur administratif (1)			> Coaching professionnel individuel et de groupe (1)

(.) : Les chiffres entre parenthèse correspondent au nombre d'étudiants concernés.

\* DU : Diplôme Universitaire – DUI : Diplôme Universitaire International – DUEP : Diplôme Universitaire Education du Patient

\*\* ETP : Education thérapeutique du patient

\*\*\* DE : Diplôme d'état (France)

\*\*\*\* Formation et /ou fonction hors France (BE : Belgique°)

En plus des formations sanitaires inhérentes à l'exercice de leur métier, l'ensemble des étudiants déclare avoir suivi au moins une formation continue diplômante. Les principales correspondent à des Diplômes Universitaires (DU) spécifiques aux maladies chroniques (11 DU), contre 7 soignants formés en éducation thérapeutique. Le nombre de formation à caractère éducatif est limité. Seules deux infirmières sont formées en Sciences de l'éducation. Cela nous amène à supposer que les soignants complètent leur parcours sanitaire en s'inscrivant en Sciences de l'éducation.

Ces informations recueillies préfigurent que ces étudiants-soignants étaient déjà engagés dans un processus de professionnalisation, quelle que soit la nature des formations qualifiantes suivies, que cette ouverture de formation faisait partie intégrante de leur projet professionnel.

### ▪ Des motivations composites

L'analyse des questionnaires nous a permis de repérer trois facteurs ayant facilité leur entrée en formation. Un premier facteur dynamisant est celui d'avoir déjà vécu positivement d'autres formations au cours de leur carrière professionnelle. La perspective d'obtenir un nouveau diplôme est réaliste et possible.

Le deuxième facteur renvoie à leurs expériences en éducation thérapeutique. 19 soignants déclarent exercer des activités thérapeutiques depuis les années 2000. 5 d'entre eux sont des coordinateurs de programme (1 praticien hospitalier et 4 infirmières) et 3 infirmiers mènent des activités d'animation. Les 11 autres soignants (sur 19) exercent dans « l'ombre » sans aucune légitimité institutionnelle. Ils exercent sans diplôme, par intérêt ou par vocation. 6 autres soignants déclarent n'avoir aucune expérience en thérapeutique. En s'inscrivant en Sciences de l'éducation, ils ont choisi attentivement leur orientation. Ils savent pertinemment que leur reconnaissance professionnelle passera par ce type de diplôme.

Dans la continuité des propos déjà recueillis, à la question « Quelles sont vos motivations lors de votre entrée en formation? »<sup>3</sup>, 23 soignants répondent vouloir développer de nouvelles

<sup>3</sup> Précisons que cette question est à choix multiple et qu'en moyenne et par soignant, ceux-ci ont répondu à 2,5 motivations.

compétences. Pour 14 d'entre eux, cette formation correspond à leur projet professionnel. 10 estiment que ce diplôme leur permettra d'exercer des fonctions de coordinateur de programme en éducation thérapeutique. 9 nous disent avoir besoin d'un diplôme d'études supérieures. 2 d'entre eux font valoir une validation des acquis d'expérience. Enfin, deux autres nous disent rechercher une reconnaissance de leur pratique professionnelle.

Le troisième facteur est d'ordre financier. Seuls 4 sur 25 ont financé ce master avec leurs deniers propres, contre 15 avec un financement institutionnel et 6 ont bénéficié d'une bourse d'étude.

Tous ces éléments nous amènent à penser que la formation a été pour eux un choix personnel et un enjeu professionnel fort. Tous envisagent la formation comme un moyen de se préparer à de nouvelles opportunités professionnelles. Certains ont doublement insisté sur la reconnaissance sociale. Ils cherchent à légitimer, par l'obtention de ce diplôme, leurs itinéraires professionnels antérieurs. Notons que l'organisation sanitaire, a elle aussi, besoin dans ses effectifs de personnel diplômé pour être en conformité avec le loi de santé publique et a accepté de financer certains départs en formation. Nous pouvons en déduire, que dans les circonstances de cette étude, la formation vient soutenir les parcours de professionnalisation des soignants.

### 3. Esquisses de nouvelles trajectoires

L'analyse des réponses apportées par les soignants nous permet de mettre en évidence trois caractéristiques de leur mise en mouvement. Celles-ci sont leurs nouvelles activités auto-attribuées en plus de leurs fonctions curatives habituelles, des alliances

tissées entre leurs pratiques curatives et leurs pratiques éducatives, et l'évocation de perspectives d'évolution de carrière.

#### ▪ *Des activités auto-attribuées*

Les nouvelles activités citées sont l'animation, la coordination, la recherche, la formation et la communication. Nous les qualifions « d'auto-attribuées » par les soignants et ce pour deux raisons. La première raison est que ces activités sont consécutives à l'obtention de leur diplôme. Ces professionnels se sentent légitimés par leur Master en Sciences de l'éducation. Ils sont dans une dynamique positive et volontariste. La deuxième raison est que ces activités sont tolérées par l'organisation.

20 soignants nous disent développer ces nouvelles fonctions sans avoir ni changé d'employeur, ni de statut professionnel. Nous constatons peu d'évolution entre les déclarations des soignants à l'entrée en formation et après la formation. Rappelons que 19 déclaraient à l'entrée en formation mener des activités d'éducation thérapeutique. Parmi ces 20 soignants, 10 personnes coordonnent (contre 5 en entrant en formation) et 4 autres personnes animent des séquences éducatives (contre 3). Ce serait la fonction de coordination qui l'emporterait sur la fonction d'animation ; ce qui indiquerait que les soignants opérationnalisent et structurent l'éducation thérapeutique sur le lieu d'exercice professionnel.

Nous rapprochons ces activités auto-attribuées de celles décrites dans le guide méthodologique relatif à la structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, édité en 2007 par la Haute Autorité de Santé (Gagnayre, Pauchet-Traversat). Ce guide a posé les bases de ce que le législateur reprendra pour son compte dans le décret du n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences de soignants éducateurs, officialisant ainsi les compétences requises des soignants éducateurs.

Quatre compétences spécifiques sont repérées : les compétences biomédicales et de soins, les compétences relationnelles, les compétences méthodologiques et organisationnelles et enfin les compétences pédagogiques. A l'exception des compétences biomédicales et de soin, compétences pour lesquelles nous considérons qu'elles ont été acquises au cours de leur



formation initiale, nous mettons en parallèle ces trois autres compétences à celles déclarées par les soignants.

Ce sont les compétences méthodologiques, organisationnelles, pédagogiques et d'animation qui ont été les plus citées et détaillées par les soignants. Elles semblent caractériser leurs changements d'attitudes professionnelles dans l'action, dans « l'agir ». Ce qui expliquerait que les compétences relationnelles aient été, pour leur part, très peu mentionnées. Elles sont une des composantes de la compétence « ingénierie pédagogique et de projet ».

Les compétences méthodologiques et organisationnelles sont exprimées par les notions « d'animation et de coordination » de programme de santé ou de séance éducative. Les programmes thérapeutiques proposés aux patients complètent les actions déjà mises en place par les soignants. Ont été cités l'accompagnement des patients atteints d'une sclérose en plaque en hôpital de jour, la qualité de vie pour des patients atteints du VIH, la préparation à la dialyse péritonéale ou hémodialyse, le vécu d'un patient en insuffisance rénale chronique. D'autres exemples relatifs aux séquences éducatives ont été également mentionnés : la préparation à une transplantation, l'éducation de groupe en diabétologie et en cardiologie.

Par ailleurs, 18 (sur 25) décrivent leurs progrès en méthodologie en mettant l'accent sur un élément marquant de l'évolution de leurs pratiques. Ceux-ci déclarent : *« organiser différemment// planifier// écrire les interventions// impliquer un plus grand nombre de professionnels// construire// structurer// concevoir// motiver les techniques d'entretien//lire//s'informer, davantage de rigueur »*<sup>4</sup>.

Ces mêmes soignants déclarent comprendre l'importance de la dynamique partenariale qu'ils négligeaient auparavant. Mais ils se heurtent à la coordination des soins et à la non-concertation entre les services intra et extra hospitaliers. Selon eux, leurs formations initiales ne les préparent pas à la dynamique de travail en réseau et au partenariat.

L'activité de recherche est plus en retrait que les deux autres activités. Six d'entre eux déclarent contribuer à des travaux de recherche : soit ils participent à l'écriture d'un projet de recherche (l'annonce de la maladie grave en digestif), soit ils coordonnent l'expertise de terrain (la morbi-mortalité des patients insuffisants cardiaques ou une évaluation d'intervention randomisées visant à apprécier l'impact du counseling dans la prise en charge des patients sur les accidents d'exposition aux risques viraux). Leur implication dépendra de leur niveau d'expertise et de l'équipe soignante à laquelle il appartient. Un praticien hospitalier, un pharmacien, un agent de recherche clinique et une infirmière clinicienne nous disent participer activement à un programme de recherche, de la conception à la mise en œuvre. Deux autres soignants-infirmiers viennent d'intégrer une équipe de recherche au sein de leur service.

Les soignants évoquent également des compétences pédagogiques et d'animation. Elles se donnent à lire au travers de l'activité de formation et de communication. Toujours parmi les 20 soignants déclarant s'être attribués des activités thérapeutiques, 15 soignants transmettent leurs expériences auprès de leurs pairs dans des modules de formation allant d'une demi-journée à six jours en formation initiale (écoles de soins infirmiers - IFSI), en formation continue (master 2 professionnel en sciences cliniques infirmières, le Diplôme Universitaire (DU) et Diplôme Universitaire International (DUI), en Enseignement Post Universitaire (EPU) des médecins libéraux ou au Centre de Ressources et de Formation à l'Education du Patient (CERFEP). Au total, 30 communications de vulgarisation de la thématique ont été comptabilisées à l'occasion de congrès européens et nationaux. Ces échangent avec leurs pairs sont formateurs parce qu'ils formalisent leurs pratiques avant de la communiquer, ils développent une affirmation d'eux-mêmes dans leur exercice professionnel, ils se forgent une identité de soignant éducateur.

Les désirs de changement relèvent bien de leur initiative personnelle et sont adaptatifs à leur environnement professionnel. Ils doivent négocier et composer avec leur organisation pour faire

<sup>4</sup> Ces verbes sont extraits des réponses écrites par 19 soignants. Il leur était demandé d'illustrer à l'aide d'un exemple un changement significatif dans leurs pratiques.

évoluer leurs pratiques. En fonction des marges de manœuvre accordées par l'environnement, les soignants peuvent plus ou moins développer ces nouvelles activités professionnelles. Par exemple une organisation peut accepter que soient uniquement créées des séances thérapeutiques ponctuelles alors qu'un autre service souhaitera implanter un programme plus ambitieux et/ou mener une recherche sur les bienfaits d'actions éducatives auprès des patients hospitalisés dans son service.

De cette négociation et de cet ajustement avec l'environnement conjugués à leur souhait de changement, les soignants ont pu s'auto-attribuer de nouvelles activités et mobiliser des nouvelles compétences en « ingénierie pédagogique et de projet ».

Ces résultats sont annonciateurs d'un passage entre une identité auto-attribuée à une identité reconnue par leurs pairs et l'institution (Wittorski, 2009). Le paradigme du cours de la vie peut éclairer les liens entre ces nouvelles activités et la quête identitaire des soignants. En effet, lorsque ceux-ci expérimentent, forment, informent d'autres professionnels et diffusent auprès de leurs pairs et des malades leur conception du soin, les soignants recomposent en même temps leur identité professionnelle. Cette recomposition identitaire est une des caractéristiques du processus de professionnalisation. L'identité n'est pas figée, elle peut revêtir différentes facettes et s'ajuster en fonction des circonstances et du public auquel le soignant s'adresse. Par exemple, ils se forgent une « identité agissante » lorsqu'ils développent des compétences en animation/coordination de programme en santé. Leur identité peut être « négociée » lorsque ces mêmes soignants forment leurs pairs à l'approche pédagogique ou échangent sur leurs pratiques. Enfin, elle peut être aussi « statutaire ou assignée » lorsque l'organisation sanitaire les reconnaît dans leurs nouvelles activités (Wittorski (2009).

Il est important de préciser que tous les soignants ont insisté sur le fait que leur statut d'origine (statut de cadre et de praticien, pharmacien) impacte positivement sur leur « identité assignée » par l'organisation et le groupe professionnel d'appartenance. Le processus identitaire est ici, au cœur de la problématique de professionnalisation des soignants, où leur reconnaissance sociale est un passage obligé pour qu'ils puissent concrétiser leurs projets professionnels en qualité de soignants éducateurs.

#### ▪ ***Des alliances se tissent entre le curatif et l'éducatif***

Les soignants déclarent développer des compétences pédagogiques ; compétences qu'ils essayent de conjuguer aux compétences biomédicales et de soin. Leur définition de l'éducation thérapeutique a évolué. Nous passons d'une définition basée sur la santé globale (avant le master) à une définition de l'accompagnement en santé qui intègre les ressources du patient (en post-master).

En début de formation, l'éducation thérapeutique équivaut à la définition la plus usitée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : la santé est un état de bien-être psychique, environnemental et social allant bien au-delà de l'absence de maladie. A cette définition, 8 soignants complètent cette définition avec les notions d'auto-soins, de développement des compétences, de l'observance et de l'accompagnement du patient et de son entourage. Ils sont en recherche de méthodes et d'outils pour soutenir le patient dans son parcours de santé.

Après le master, la définition se complexifie : « *C'est aider les personnes à apprendre selon leurs besoins, les accompagner et les soutenir dans leur démarche d'apprentissage vis-à-vis de la maladie et du soin pour qu'elles aient la capacité de prendre soin d'elles-mêmes et de vivre la vie la meilleure possible avec la maladie* »<sup>5</sup>. Les soignants enrichissent la définition et dépassent la notion de santé globale. Ils s'impliquent dans la définition même de la santé en introduisant la dimension de l'accompagnement (18 sur 25 y font référence).

Des indicateurs de changement se retrouvent également dans les descriptions de leurs pratiques. 13 (sur 25) personnes déclarent s'investir dans la relation avec le patient

<sup>5</sup> Extrait d'un questionnaire.

contrairement à ce qu'ils ont appris en formation initiale. A titre d'exemple, nous avons notamment retenu les déclarations suivantes : *« j'accepte plus facilement qu'un patient ne prenne pas ses traitements sans culpabiliser// j'arrive à m'extraire de la posture du soignant centré sur le problème médical// je suis plus à l'écoute, je me centre sur les ressources du patient. J'expérimente l'approche motivationnelle// j'essaie d'adopter une attitude empathique, de non jugement, de regard positif inconditionnel »*<sup>6</sup>. A la lecture de ces extraits, nous pourrions supposer que la distinction entre le curatif et l'accompagnement s'estompe pour laisser de la place aux patients. Serions-nous en présence d'une nouvelle alliance entre la médecine et la clinique du sujet pour soutenir le patient à devenir patient apprenant ? Le modèle semble ne plus être celui de l'application stricte d'un traitement. Nous retrouvons ici l'idée d'une ontologie du soin où accompagner un patient signifierait pour un soignant, de se joindre à lui pour aller au rythme du patient dans le processus de soin.

Les soignants définissent la santé à partir de leurs pratiques professionnelles. Celles-ci évoluent positivement vers une complémentarité entre les pratiques caratives et curatives mais n'abordent pas en tant que telles les ressources internes et externes des patients (Baeza, 2010). Ils sont centrés sur eux-mêmes. Ce qui nous laisse supposer que ces soignants sont « en chemin », tentant de conjuguer leurs connaissances médicales aux connaissances des Sciences de l'éducation et ainsi tendre vers une meilleure communication et implication mais pas encore sur l'exploration avec le patient de ses ressources.

#### ▪ **Leurs perspectives d'évolution de carrière**

Les projets s'inscrivent dans la continuité de leurs nouvelles activités auto-attribuées et dans la recherche d'une attitude de soignant éducateur. Nous supposons que les perspectives énoncées sont plus que des intentions et dépassent les effets positifs consécutifs à la formation. L'obtention du diplôme est une étape marquante et nécessaire dans leur parcours de professionnalisation.

Les perspectives énoncées portent sur leurs activités professionnelles et les négociations avec l'organisation. L'ensemble des soignants déclarent vouloir développer l'éducation thérapeutique. Dans la continuité des activités auto-attribuées, ce sont les projets de coordination et d'animation qui ont été les plus décrits, puis ont été citées des activités de formation (former et construire un diplôme universitaire en éducation du patient).

Les perspectives individuelles ont été exprimées dans le souhait de mener ou de publier des recherches (pour 4 d'entre eux), de s'inscrire dans des Diplômes Universitaires (DU) spécifiques aux compétences biomédicales et de soin (drépanocytose, neuro-psychopathologie, pharmacie) pour 4 d'entre eux. Enfin, une personne actuellement coordinatrice de programme envisage de suivre une formation approfondie sur l'entretien motivationnel.

Pour 9 d'entre eux, les négociations avec leurs institutions sont en cours. Elles visent une reconnaissance dans la nouvelle fonction thérapeutique. En revanche, 12 autres soignants construisent leur légitimité sur le terrain. 2 autres personnes mettent l'accent sur un des aspects du métier d'éducation thérapeutique : la formation auprès des pairs pour une personne et la méthodologie d'action dans une institution de santé pour la deuxième personne. Enfin, les 2 dernières personnes de cet échantillon ont pris aujourd'hui leur retraite mais restent engagées dans la thématique.

Les projets énoncés confirment que les trajectoires des soignants ne vont pas s'arrêter là et que l'avenir se construit. Ces trajectoires se déploient plus rapidement en fonction de leurs statuts d'origine, de leurs lieux d'exercice et des opportunités internes proposées par leurs institutions.

<sup>6</sup> Nous présentons ici des phrases significatives recueillies dans les questionnaires par les 13 soignants.

## Conclusion

Cette étude permet d'appréhender les nouvelles trajectoires empruntées par ces soignants. Ceux-ci ont pris l'initiative de se professionnaliser en s'inscrivant précocement, du fait de la sortie des décrets d'application publiés en juillet 2010, dans un master professionnel en éducation thérapeutique, en s'essayant dans le métier de soignant éducateur, ils s'auto-légitiment. La reconnaissance accordée par les organisations sanitaires est absente du processus sauf, peut-être, pour certains soignants qui de par leur statut de cadre de santé ou praticien hospitalier, ont plus de facilité à être reconnus par leur institution. Leur statut actuel leur offrant déjà une reconnaissance auprès de leurs pairs et de l'institution.

Deux autres observations découlent de cette analyse. La première est qu'à la lecture des données recueillies, nous retrouvons une certaine stabilité dans leur transition professionnelle. Ce sont des militants dans l'exercice de leur métier où les valeurs humaines donnent un sens à leur engagement. Ils se heurtent à une véritable tradition réglementaire et hygiéniste de la santé publique en France (Bourdillon, Sandrin-Berthon, Tissot, 2007). Ainsi, ils défendent et revendiquent une éthique du soin fondée dans son rapport à l'Autre. Ce sont « des pionniers » qui traversent une période tourmentée, période que Tapia (1994) décrit comme une période de dissonance cognitive et chaotique dans les pratiques professionnelles. Leur identité professionnelle se trouve être en tension pour réussir à appliquer dans leur environnement les valeurs du soin caritatif. Cette transition ne se réduit pas seulement au changement, elle peut être une dynamique portée par les soignants. Ces transitions nous laissent supposer que d'une part, ces personnes occupent une nouvelle place dans l'espace social. Elles y apprennent des rôles nouveaux comme celui de communiquant ou de formateur. Et d'autre part, elles se construisent une nouvelle identité, celle d'un soignant éducateur avec une forte dimension pédagogique. (Tourette Turgis, 2007). C'est, peut-être, ce qui donne un sens à cette période tourmentée qui pourrait faire évoluer leur carrière professionnelle (Zittoun, 2002). Les transitions vécues par les soignants viennent également bouger la logique des organisations.

La deuxième observation est qu'en s'auto-attribuant de nouvelles activités, ces soignants s'auto-légitiment et promeuvent la discipline auprès de leurs pairs. Peut-être, que cette récente formation a pu avoir un effet d'enrichissement de rôle (Le Blanc, Dupuy et Rossi, 2000) dans la représentation que se font les soignants des fonctions d'un éducateur thérapeutique. La présence des projets professionnels et de désirs de s'engager dans de nouvelles formations, nous amène à concevoir la formation comme un levier important dans les trajectoires initiées par les intéressés eux-mêmes. Celle-ci a permis, dans les circonstances de cette étude, de confirmer leur identité de soignant éducateur au-delà d'une légitimation institutionnelle qui n'est pas aussi avancée que les soignants ne le voudraient.

Enfin, ces mouvements professionnels et identitaires des soignants associés à la volonté des politiques, du législateur de promouvoir l'éducation thérapeutique dans les services de santé, nous laissent supposer que nous entrons résolument dans un développement, voire une généralisation des formations professionnalisantes. La formation devra composer entre la médecine et l'éducation pour élaborer une nouvelle didactique professionnelle, une éducation du soin appliquée aux problématiques sanitaires. Les parcours décrits par ces étudiants-soignants nous montrent qu'ils sont « en chemin ». Ils apprennent à conjuguer leurs connaissances médicales aux connaissances des Sciences de l'éducation pour tendre vers une meilleure qualité d'écoute avec le patient.

## Bibliographie

- BAEZA C. (2010), *Carnets de route d'alcooliques abstinents - Découvrir les tactiques et les stratégies pour se maintenir en santé*, Paris, Mare et Martin.
- BANDURA A. (2007), *Auto-efficacité, Le sentiment d'efficacité personnelle*, Bruxelles, De Boeck.

BARBIER J.M., BOURGEOIS E., CHAPELLE G. & RUANO-BORBALAN J.C. (2009), *Encyclopédie de la formation*, Paris, PUF.

BOURDILLON F., SANDRIN-BERTHON B. & TISSOT (2007), « Aspects institutionnels de l'éducation thérapeutique. Emergence d'une volonté politique », *Education thérapeutique, Prévention et maladies chroniques*, Simon D., Traynard P.-Y., Bourdillon F., Grimaldi.A, (Eds.), Paris, Masson, pp. 260-270.

BRIANCON S. (2004), « Conséquences de la maladie chronique : la qualité de vie et ses déterminants », Dossier de Santé Publique de la Direction Générale de la Santé (Ministère des Solidarités de la Santé et des Familles), *Actes du séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques*, Paris, pp. 16-22.

BURY J. (1988), *L'éducation pour la santé : concepts, enjeux et planification*, Bruxelles, De Boeck Université.

CARRICABURU D. (2004), « Malades et maladies chroniques comme enjeux de société », Dossier de Santé Publique de la Direction Générale de la Santé (Ministère des Solidarités de la Santé et des Familles), *Actes du séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques*, Paris, pp. 6-9.

DECCACHE A. (2000), « Quelles pratiques et compétences en éducation du patient : Recommandations de l'OMS », *Bulletin d'éducation du patient*, vol.19, n°1, pp. 41-42

D'IVERNIS J.F. & GAGNAYRE R. (1995), « Apprendre à éduquer le patient », *Approche pédagogique*, Paris, Maloine.

DOMINICE P. & JACQUEMET S. (2009), « Note de synthèse formation et santé », *Savoirs*, n°19, pp. 7-36.

DUBAR C. (1991), *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelle*, Paris, Colin.

DUPUIS R. & LE BLANC A. (2001), « Enjeux axiologiques et activités de personnalisation dans les transitions professionnelles », *Connexions*, n°76, pp. 61-79.

GAGNAYRE R. (prés), PAUCHET-TRAVERSAT A.-F. (Ed.) (2007), *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ des maladies chroniques*, Paris, Editions Haute Autorité de Santé, pp.12-15  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_601290/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques), consulté le 30 mars 2010.

HESBEEN W. (1997), *Prendre soin à l'hôpital, Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Masson.

HONORE B. (1999), *Etre et Santé, approche ontologique du soin*, Paris, L'Harmattan.

MELEIS A.I. & TRANGENSTEIN P.A. (1994), « Facilitating transitions : redefinition of nursing mission », *Nursing Outlook*, vol. 42, pp. 255-259.

LACROIX A. & ASSAL J.P. (1998), *L'éducation thérapeutique des patients, Nouvelles approches de la maladie chronique*, Paris, L'harmattan.

LANI-BAYLE M. (1999), *L'enfant et son histoire : vers une clinique narrative*, Paris, Erès.

TOURETTE-TURGIS C. (2009), *L'éducation thérapeutique dans la maladie rénale chronique : le soignant pédagogique*, Paris, Comment dire.

PINEAU G. (2004), « L'accompagnement en formation : de l'avant-naissance à l'après-mort, entre solidarité et professionnalité », *Education permanente*, n°153, pp. 29-41.

SIMON D., TRAYNARD P.Y., BOURDILLON F., GAGNAYRE R. & GRIMALDI. A. (2009), *Education thérapeutique : prévention et maladies chronique*, Issy-les-Moulineaux, Masson.

TAPIA C. (1994), *Intégrer les jeunes dans l'entreprise*, Paris, Les Editions d'Organisation.

WITTORSKI R. (2007), *Professionnalisation et développement professionnel*, Paris, L'Harmattan.

ZITTOUN T. (2002), « Esquisse d'une psychologie de la transition », *Education permanente*, n°36, pp. 12-15.